

Artikkelen er først publisert i *Tidsskrift for omsorgsforskning* via www.idunn.no

Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013

av Berit Otnes, Statistisk sentralbyrå

Dette er akseptert artikkelversjon godkjent for publisering av Universitetsforlaget i

Tidsskrift for omsorgsforskning, Årg.1, nr. 1 (2015) s.48-61

Denne artikkelen beskriver og analyserer utviklingen av de kommunale omsorgstjenestene gjennom de siste 20 årene basert på tall fra offentlig statistikk. Veksten har vært betydelig. Antall tjenestemottakere har økt fra 186 000 til nesten 223 000, dvs. 20 prosent. Antall årsverk har økt fra rundt 70 000 til 133 000, en økning på 90 prosent. Utgiftene økte fra 32 til 66 milliarder kroner, det er en økning på 100 prosent. I den samme perioden har det vært store endringer i tilbudet av tjenester og i alderssammensetningen blant tjenestemottakerne. Over 40 prosent av utgiftene går nå til å finansiere tjenester til personer under 67 år.

Følgende trender presenteres særskilt:

- Boliggjøring: Færre i institusjon, flere i boliger
- Sterkere vekst i hjemmetjenestene enn i institusjonene
- Mer hjemmesykepleie, mindre praktisk hjelp: Tjenestene konsentrerer seg i økende grad om helseaspektet ved hjelpebehovene
- Sterkere vekst i tjenester til yngre enn til eldre
- Mer hjelp til yngre enn til eldre med liknende bistandsbehov

Artikkelen analyserer mulige årsaker til denne utviklingen.

Berit Otnes

Statistisk sentralbyrå

Berit.Otnes@ssb.no

Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013

Pleie- og omsorgstjenestene har vokst betydelig gjennom de siste 20 årene. Antall brukere av institusjon, bolig, hjemmesykepleie og praktisk bistand har økt fra i 186 000 til nesten 223 000, eller med 20 prosent. Siden 2007 har statistikken også opplysninger om brukere som kun får andre tjenester, så som trygghetsalarm, støttekontakt, matombringing, omsorgslønn m.v. Dette gjelder ca. 50 000 personer. Alt i alt var det ved utgangen av 2013 vel 271 000 brukere av pleie- og omsorgstjenesten.

Samtidig har antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten økt fra rundt 70 000 til 133 000, en økning på 90 prosent fra 1995 til 2013, og utgiftene har økt fra 32 milliarder kroner til 66 milliarder, en økning på 100 prosent fra 1991 til 2013, regnet i faste 2000-kroner (Borgan 2012; Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB for årene 2011-2013). I den samme perioden har det vært til dels store endringer i tilbudet av tjenester og i alderssammensetningen blant brukerne.

Bakgrunnen - før 1990

Kommunale pleie- og omsorgstjenester, slik vi kjenner dem i dag, er et relativt nytt fenomen i historisk sammenheng. Tradisjonelt var omsorg for syke og eldre familiens ansvar. De som ikke hadde nær familie var det den kommunale fattigforsorgen som tok seg av. Utover 1800 og 1900-tallet ble det vanlig med kommunale aldershjem, mens det var private veldedige organisasjoner som etablerte hjemmesykepleien og de første pleiehjemmene (sykehjem). I 1970 kom en sykehuslov som ga fylkene ansvar for sykehjem for de mest pleietrengende, mens aldershjem forble et kommunalt ansvar. På 1960- og 70-tallet skjedde det en utvikling som er blitt kalt «Den offentlige revolusjonen», drevet fram blant annet av Lov om sosial omsorg (1965) og endringer i sykehusloven (1970): Det offentlige fikk et lovpålagt ansvar for å yte omsorg til voksne hjelpetrengende. Hjemmesykepleie og hjemmehjelp ble et tilbud i alle kommuner og økte i omfang. Kapasiteten i sykehjemmene ble utvidet, mens aldershjemmene først hadde et stabilt antall plasser, og deretter gradvis ble redusert. Helt fra Strømkomiteens innstilling fra 1955 var det et uttalt mål at omsorgen for eldre og hjelpetrengende så langt som mulig skulle gis i den enkeltes hjem (Sosialdepartementet 1955). Utbyggingen av kommunale boliger tilpasset eldre og funksjonshemmede startet, slik at ikke en uhensiktsmessig bolig skulle medføre at flytting til institusjon ble nødvendig.

Økningen i både tjenestemottakere, utførte årsverk og driftsutgifter var svært stor på 1960- og 70-tallet: Antallet mottakere av for eksempel hjemmehjelp ble femdoblet i perioden 1965-1980 og antall sykehjemsplasser ble fordoblet fra 1970 til 1980. Antall utførte årsverk per år i pleie- og omsorgstjenesten ble også fordoblet i samme periode, og driftsutgiftene ble mer enn fordoblet, målt i faste kroner (Borgan 2012).

Veksten i antall brukere var ikke like sterk på 1980-tallet, men kommunene fikk et totalansvar for pleie- og omsorgstjenesten. Grunnlaget for dette ble lagt med det nye inntektssystemet for kommunene som ble innført midt på 1980-tallet, med rammetilskudd istedenfor de tidligere øremerkede tilskuddene. Litt senere, i 1988, ble ansvaret for sykehjemmene overført til kommunene. Tanken var at kommunene ville foreta en mer helhetlig vurdering av behov og tjenestetilbud, når de ikke lenger kunne overføre de mest pleietrengende til sykehjem finansiert over fylkenes budsjetter.

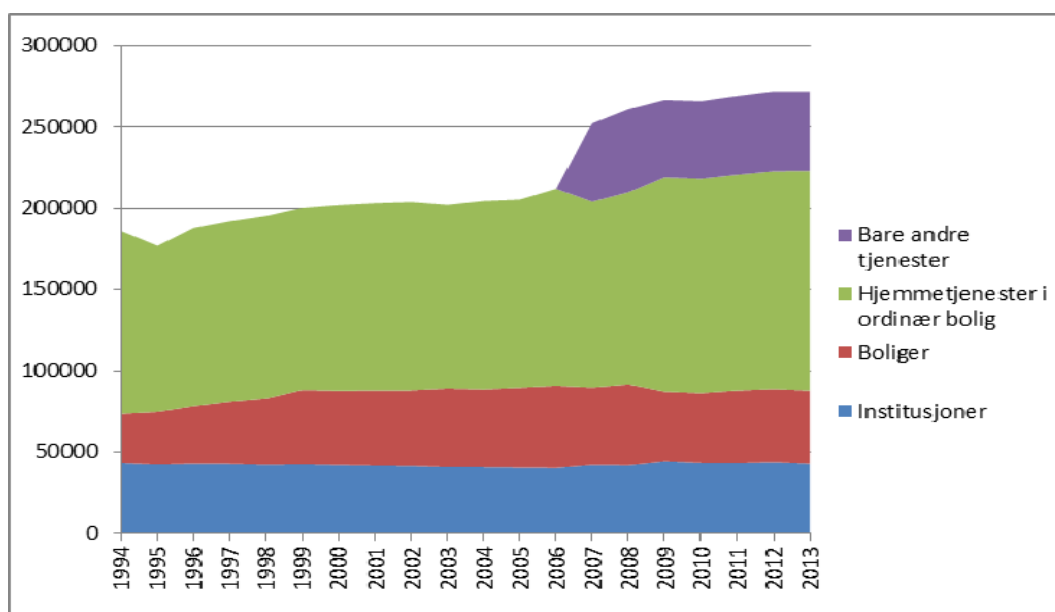
De siste 20 årene - 1994-2013

Målet om «hjelp hjemme så lenge som mulig» ble forsterket med Gjærevollutvalgets utredning fra 1992 (NOU 1992), og den etterfølgende Handlingsplanen for eldreomsorgen (1998-2004). Omtrent samtidig kom HVPU-reformen. Ansvaret for personer med psykisk utviklingshemming ble flyttet fra spesialinstitusjoner til kommunene i perioden 1991-1995, noe som krevde utbygging av boliger og tilgang på tjenester for å fungere i dagliglivet. Noe senere kom Opptappingsplan for psykisk helse (1999-2008), som ga kommunene et ansvar for botilbud og førstelinjetjenester til personer med psykiske lidelser og til rusmisbrukere. I de siste årene har det også skjedd endringer i sykehussektoren som gir kommunene et større ansvar for pasienter som tidligere fikk behandling i sykehus. Samhandlingsreformen, et kraftig insentiv til kommunene til å overta pleie av ferdigbehandlede pasienter fra sykehus, ble riktignok først innført fra 2012, men den hadde vært «foregrepet» i mange kommuner.

På denne bakgrunnen - utvidet ansvarsområde, nye brukergrupper og endret innretning (økt satsning på boliger og hjemmetjenester, mindre på institusjoner) - kan økningen i antall brukere av

de kommunale omsorgstjenestene virke nesten beskjeden: 85 000 flere brukere, eller en økning på 20 prosent i de 20 årene fra 1994 til 2013. Som vist i figur 1 er det i tillegg om lag 50 000 brukere som får ulike andre typer hjelp.

Figur 1. Brukere av ulike tjenestetyper, inkludert brukere med kun andre tjenester. 1994-2013



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Trender i utviklingen av pleie- og omsorgstjenesten siste 20 år

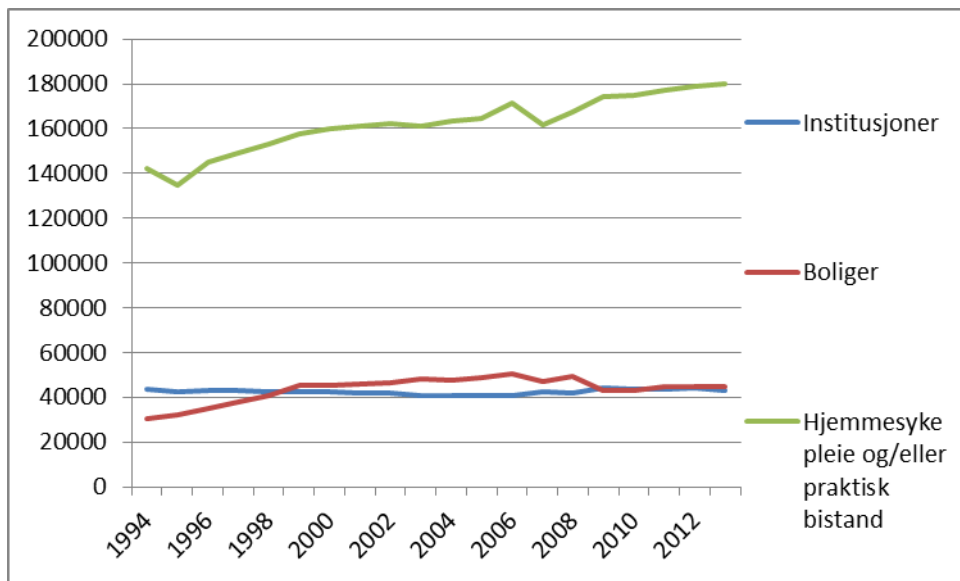
Antall brukere av pleie- og omsorgstjenesten har økt. Men alle tjenestetyper har ikke økt like mye, og noen brukergrupper har økt mer enn andre. Vi skal se nærmere på tre trender som har gjort seg gjeldende i perioden 1994-2013:

- 1. Boliggjøring: Færre i institusjon, flere i boliger**
- 2. Sterkere vekst i hjemmetjenester enn i institusjonsplasser, tjenestene konsentrerer seg i økende grad om helseaspektet ved hjelpebehovene (mer hjemmesykepleie, mindre praktisk hjelp)**
- 3. Sterkere vekst i tjenester til yngre enn til eldre**

Boliggjøring: Færre i institusjon, flere i boliger

Antall institusjonsplasser har holdt seg ganske konstant på i overkant av 40 000 i perioden. Det er blitt flere som bor i omsorgsboliger. Den tilsynelatende nedgangen i 2007 og 2009 skyldes omlegginger av statistikken, men om en ser bort fra dette, var det en økning i brukere som bodde i boliger på om lag 50 prosent i 20-årsperioden fra 1994 til 2013.

Figur 2. Brukere i institusjoner og boliger og brukere av hjemmetjenester. 1994-2013



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Omsorgsboligerⁱ og andre kommunale boliger for eldre og andre med spesielle behov økte mest i årene 1994 til 1998. Deretter flatet veksten ut. De siste årene har det vært omtrent like mange beboere i boliger og institusjoner innen pleie- og omsorgstjenesten, og det har ikke vært vekst i noen av tilbudene. Den viktigste forskjellen mellom institusjon og bolig er kanskje at brukerne i en institusjon betaler vederlagⁱⁱ for pleie, kost og losji og får tildelt et rom, mens brukerne i omsorgsboliger betaler husleie for en bolig de selv disponerer. Boligene varierer også med hensyn til om de er lokalisert i tilknytning til sykehjem eller hjemmetjenester, eller om de ligger i vanlige boligområder. Noen omsorgsboliger har fellesarealer for samvær og aktiviteter, mens andre er mer som et vanlig leilighetskompleks.

I løpet av den 1990- og 2000-tallet fortsatte oppgradering og ombygging av institusjonene, slik at en stadig større andel av rommene ble enerom. Andelen enerom økte fra knapt 80 prosent til over 95 prosent fra 1992 til 2005, og har deretter holdt seg konstant. Mange fikk også eget bad og WC. Dette kan også ses på som en del av boliggyggingen av pleie- og omsorgstjenesten. Noen av de mest uhensiktsmessige institusjonene er blitt bygd om og «avinstitutionalisert», det vil si gjort om til omsorgsboliger. Dette har bidratt til at tallet på institusjonsplasser ikke har økt, til tross for bygging av nye institusjoner.

Omsorgsboliger og andre kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål har litt ulike løsninger for hvordan tjenestene til beboerne er organisert. Noen har fast tilknyttet personale hele døgnet, andre har personale deler av døgnet, mens andre igjen har tjenester som leveres via den vanlige

hjemmetjenesten i kommunen, på lik linje med brukere som bor i ordinære boliger. Brukerne i disse tre typene boliger er ikke hjelpetrengende i samme grad, de har ulike *bistandsbehov*, se tekstramme.

For statistikkformål blir *bistandsbehovet* bestemt som et veid gjennomsnitt av skårene på 15 aktivitetsområder, såkalte bistandsvariable, fra husarbeid og innkjøp til personlig hygiene og sosial deltakelse. Skårinndeling går fra 1 (ingen problem for tjenestemottaker) til 5 (behov for personbistand til alle deler av en aktivitet). Dette veies sammen til tre grupper:

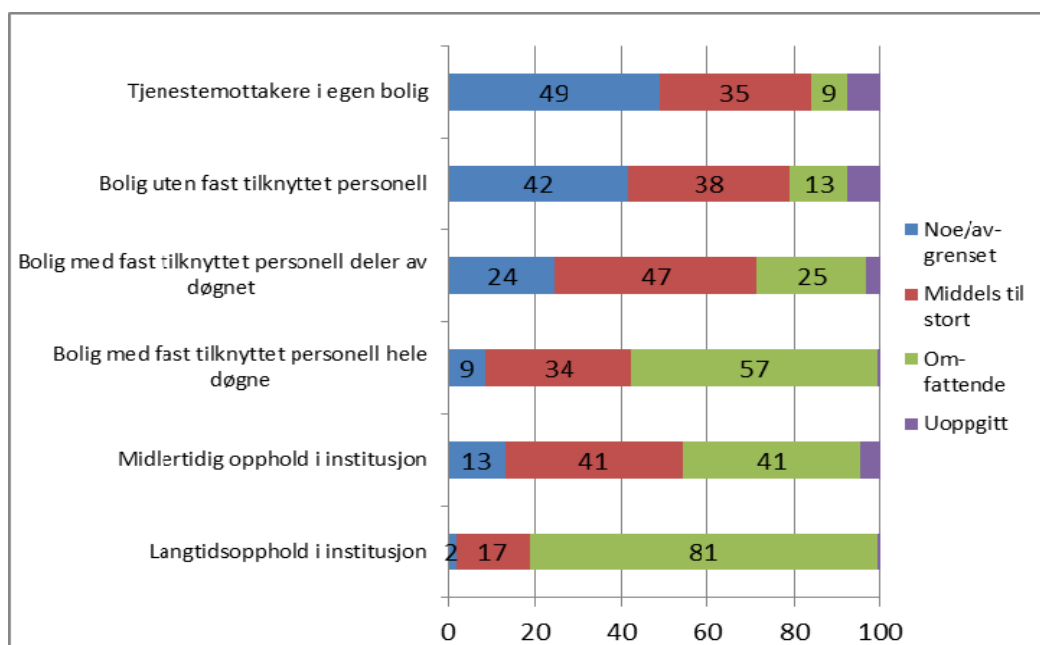
Noe/avgrenset bistandsbehov: Gjennomsnittsskår mindre eller lik 2

Middels til stort bistandsbehov: Gjennomsnittsskår større enn 2 og mindre eller lik 3

Omfattende bistandsbehov: Gjennomsnittsskår større enn 3

For en nærmere forklaring, se Mørk et. al. 2014

Figur 3. Brukere av pleie- og omsorgstjenester etter bosituasjon og bistandsbehov. 2013. Prosent



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

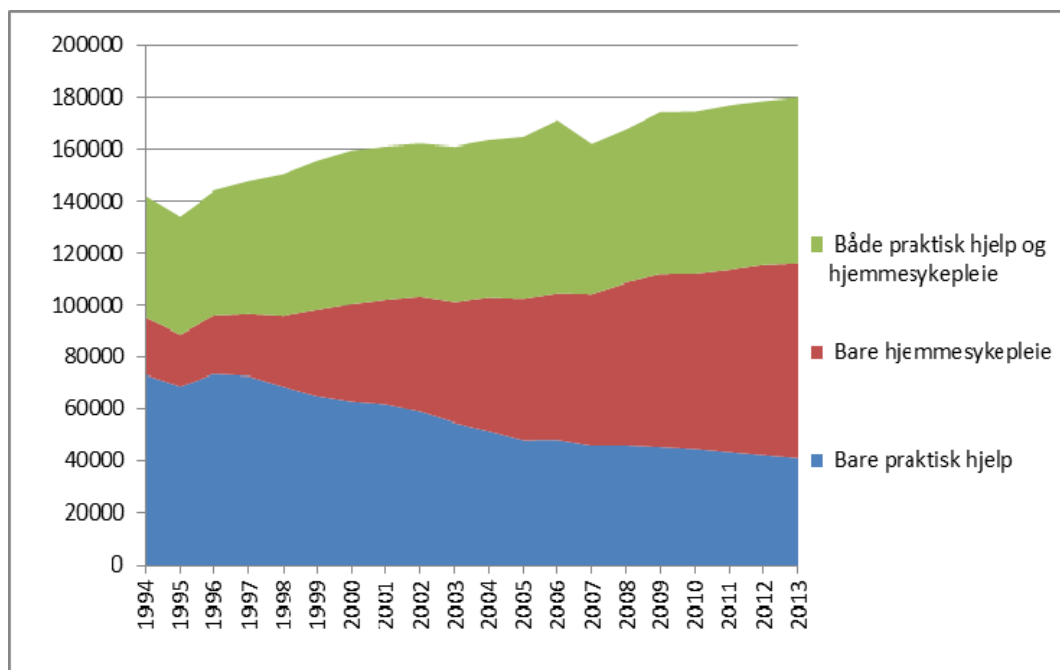
Figur 3 viser at boliger med fast tilknyttet personale har flere brukere med omfattende bistandsbehov enn boliger uten fast personale eller med personale deler av døgnet. Det kan se ut til at boliger med fast tilknyttet personale hele døgnet kan ta hånd om brukerne med de største hjelpebehovene, nesten på linje med institusjonene, mens brukerne i boliger uten fast tilknyttet personale har omtrent samme bistandsbehov som brukere som får hjelp i sin egen bolig.

Hjemmetjenesten har vokst fra 140 000 brukere i 1994 til 180 000 brukere i 2013. Veksten i hjemmetjenestene og stagnasjon i antall som har plass i institusjon har medført at driftsutgiftene til hjemmetjenester har økt sterkere enn utgiftene til institusjonsdrift. I 2007 var utgiftene til hjemmetjenester for første gang større enn utgiftene til institusjonsdrift (Borgan 2012).

Mer vekt på helseaspektet ved hjemmetjenestene (mer hjemmesykepleie, mindre praktisk hjelp)

I begynnelsen av perioden var det vanlig at brukerne bare fikk praktisk hjelp i hjemmet. 70 000 av hjemmetjenestebrukerne, eller litt over halvparten, fikk kun praktisk hjelp i 1994, mens vel 20 000 (15 prosent) fikk kun hjemmesykepleie. Tjue år senere, i 2013, var dette forholdet snudd: Vel 40 000 (25 prosent) fikk bare praktisk hjelp og 75 000 (vel 40 prosent) fikk bare hjemmesykepleie. Gjennom hele perioden har antallet som både får hjemmesykepleie og praktisk hjelp økt litt, men som andel av alle brukere har denne gruppen hele tiden utgjort omkring 35 prosent.ⁱⁱⁱ

Figur 4. Brukere av ulike typer hjemmetjenester. 1994-2013



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Flere forhold ligger bak denne utviklingen. Egenbetalingsordningen ble innført på begynnelsen av 1990-tallet for praktisk bistand, gradert etter mottakerens inntekt, mens hjemmesykepleie fortsatt var gratis. Dette understreket at hjemmesykepleie var en prioritert og nødvendig innsats, mens

praktisk hjelp ble nedprioritert. For de mer velstående kunne det lønne seg å betale for privat hjelp til nødvendig husarbeid framfor å betale høye egenandeler for kommunal hjelp. Mens det før kanskje var nok å være over pensjonsalderen for å få tildelt et par timer rengjøringshjelp i uken, er dette etter hvert blitt begrenset til personer med mer omfattende helse- og førlighetsproblemer.

Mindre praktisk hjelp til de som bor i vanlig bolig

I Sverige har man vært bekymret for en utvikling i retning av at mer av hjelpen går til de som bor i «særskilt boende» (det vil si sykehjem og omsorgsboliger), mens det blir gitt stadig mindre hjelp til eldre som bor i ordinære boliger (Szebehely 2005). Hittil har man ikke hatt data til å se på slike sammenhenger i Sverige. I Norge gir IPLOS-registeret slike muligheter. Vi har sett på utviklingen i mottak av hjemmetjenester blant dem som bor i omsorgsbolig eller annen kommunal bolig, sammenliknet med dem som mottar hjemmetjenester i en ordinær bolig. Vi har bare data for perioden 2009-2013. Det har vært en nedgang i antall brukere som mottar praktisk hjelp til daglige gjøremål, det som tidligere het hjemmehjelp, i disse årene. Hele nedgangen i antall mottakere med praktisk bistand til daglige gjøremål skjedde blant dem som bodde i ordinær bolig. Faktisk var det i samme periode en økning i mottakere med praktisk bistand blant dem som bodde i omsorgsbolig eller annen kommunal bolig.

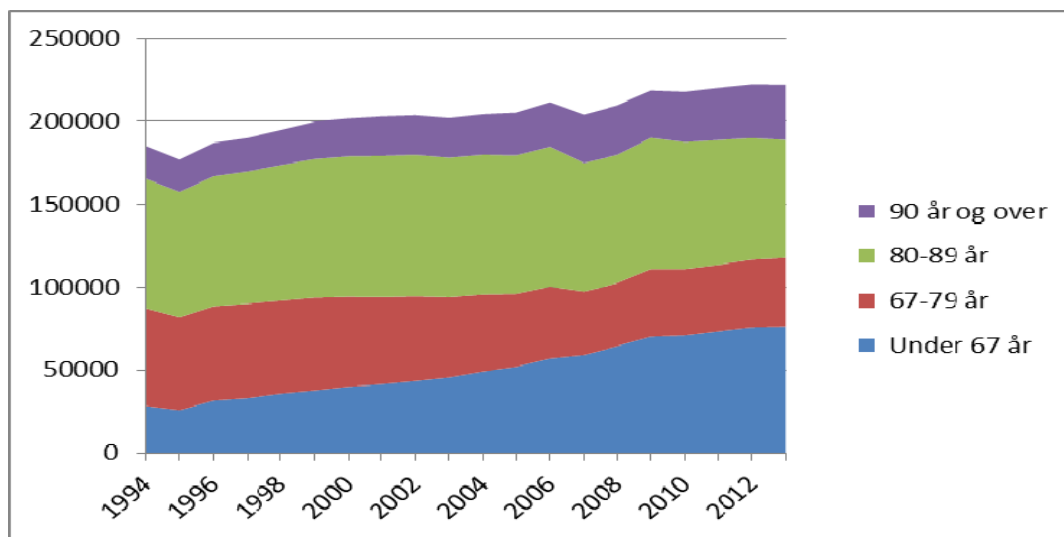
Hjemmetjenester blir i større grad tildelt dem som bor i omsorgsbolig eller annen kommunal bolig. Antall brukere av hjemmesykepleie, alene eller i kombinasjon med praktisk bistand, økte i begge grupper, men den prosentvise økningen var lavere blant dem som bodde i ordinær bolig enn blant dem som bodde i omsorgsbolig eller annen kommunal bolig.

Dette gjaldt både blant yngre brukere (under 67 år) og eldre brukere.

Sterkere vekst i tjenester til yngre enn til eldre

Store deler av ressursveksten i pleie- og omsorgstjenesten har gått til de yngre brukerne. Mens det i 1994 var 28 000 under 67 år som mottok hjemmetjenester, hadde antallet i 2013 økt til 77 000, nesten en tredobling. I samme periode gikk antall brukere i aldersgruppen 67-79 år markert ned, og det var en viss nedgang også i brukere i alderen 80 til 89 år. Blant de eldre er det bare i aldersgruppen 90 år og over at det har vært noen økning de siste 20 årene.

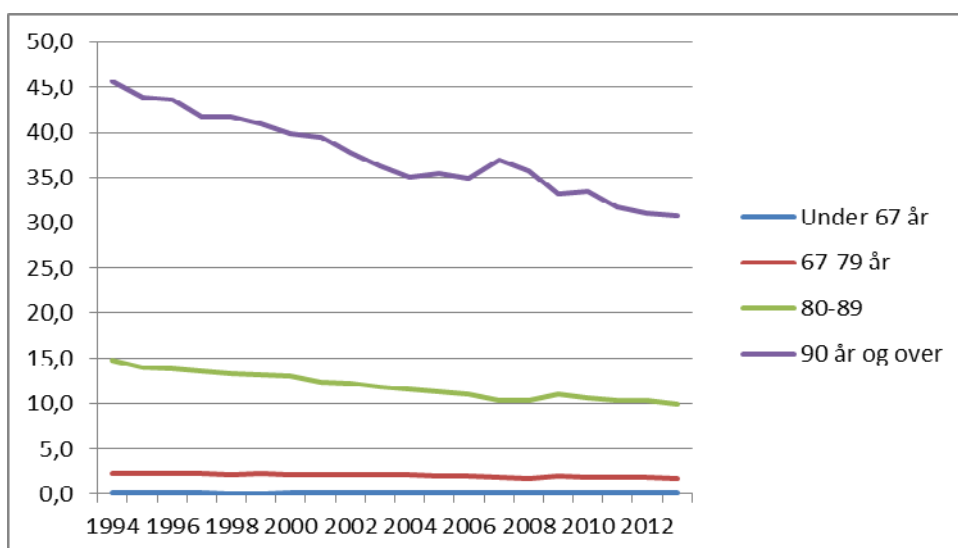
Figur 5. Brukere av pleie- og omsorgstjenester etter alder. 1994-2013^{iv}



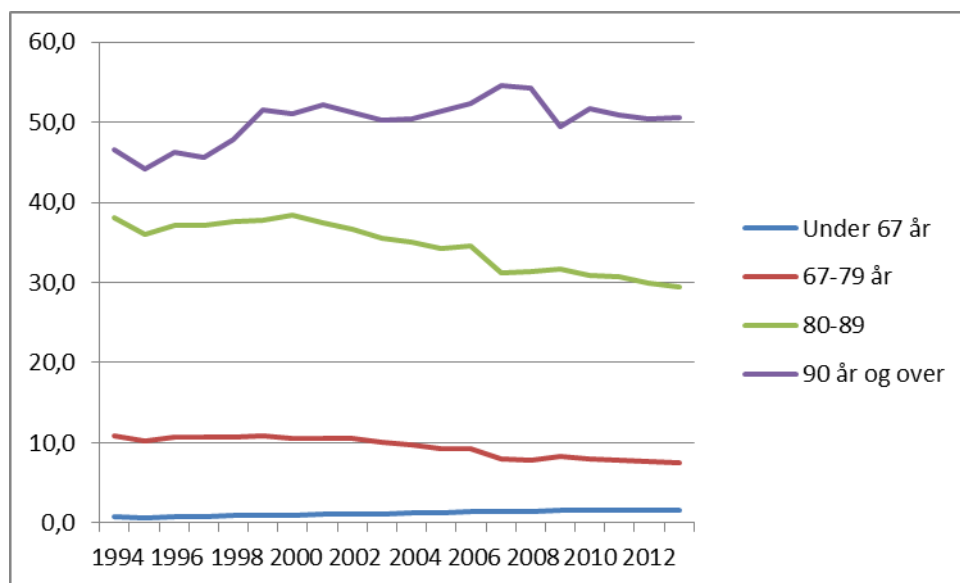
Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Hittil har vi sett på de absolutte tallene for eldre i de ulike aldersgruppene. Vi skal nå se litt nærmere på dekningsgraden, altså brukere av tjenester i forhold til det totale antall personer i de ulike aldersgruppene. Figur 5 viser at det er litt flere 90-åringar som brukte pleie- og omsorgstjenester i 2013 sammenliknet med 1994. Men samtidig har det blitt stadig flere 90-åringar i befolkningen. Dermed dekker tjenestetilbudet til 90-åringar en stadig mindre andel av denne aldersgruppen. Figur 6 viser utviklingen i dekningsgrad av *institusjonsplasser* fra 1994 til i dag. Andelen av 90-åringene med plass i institusjon har gått ned fra vel 45 prosent i 1994 til vel 30 prosent i 2013. Også i aldersgruppen 80-89 år har andelen med plass i institusjon gått ned, mens dekningsgraden for yngre aldersgrupper har vært nokså konstant.

Figur 6. Andel av befolkningen i ulike aldersgrupper som har plass i institusjon. 1994-2013



Figur 7. Andel av befolkningen i ulike aldersgrupper som mottar hjemmetjenester. 1994-2013



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Figur 7 viser utviklingen i dekningsgrad av *hjemmetjenester* i samme perioden. Tilbudet av hjemmetjenester til 90-åringene har økt, også i forhold til antall 90-åringer i befolkningen, fram til rundt 2008. Deretter har tilbudet bare så vidt holdt tritt med veksten i befolkningen. Dekningsgraden av hjemmetjenester har gått ned både for de yngste eldre, 67-79 år, og for eldre i aldersgruppen 80-89 år.

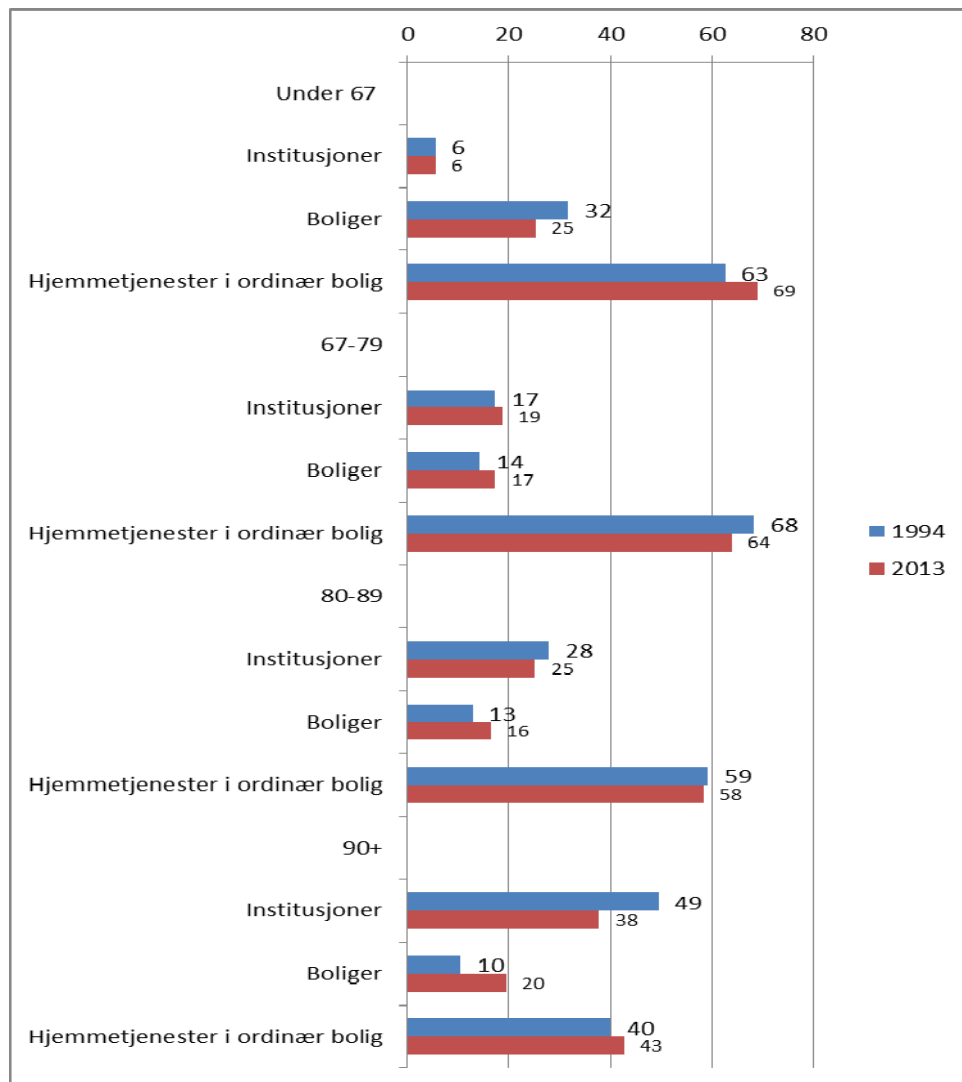
Yngre brukere av pleie- og omsorgstjenester har som vi har sett økt kraftig i antall (figur 7). Hele økningen har skjedd i hjemmetjenester – det er et mål å unngå at noen under 67 år må flytte til institusjon. Dekningsgraden har også økt, fra 0,7 til 1,6 prosent. Det er knapt synlig i figur 7, men det er mer enn en fordobling på 20 år.

Eldres og yngres fordeling på tjenestetyper: Eldre i institusjon, yngre i omsorgsboliger

Eldre og yngre brukere har litt ulike «tjenesteprofiler»: Eldre brukere får oftere enn yngre institusjonsplass framfor en omsorgsbolig. Fra 1994 til 2013 er imidlertid omsorgsboliger blitt et vanligere tilbud til eldre enn det var 20 år tidligere. Blant brukere over 90 år gikk andelen som bodde i omsorgsboliger opp fra 10 prosent i 1994 til 20 prosent i 2013, mens andelen som bodde i institusjon gikk ned fra 49 til 38 prosent. Men fortsatt er det mer vanlig for yngre brukere å bo i omsorgsbolig enn for eldre – 25 prosent av brukere under 67 år bodde i boliger i 2013.

Hjemmetjenester i ordinær bolig er den mest vanlige formen for hjelp i alle aldersgrupper av brukere bortsett fra blant 90-åringene. Av dem har flertallet enten en omsorgsbolig eller en plass i institusjon.

Figur 8. Andel brukere med ulike tjenestetyper. Aldersgrupper. 1994 og 2013. Prosent

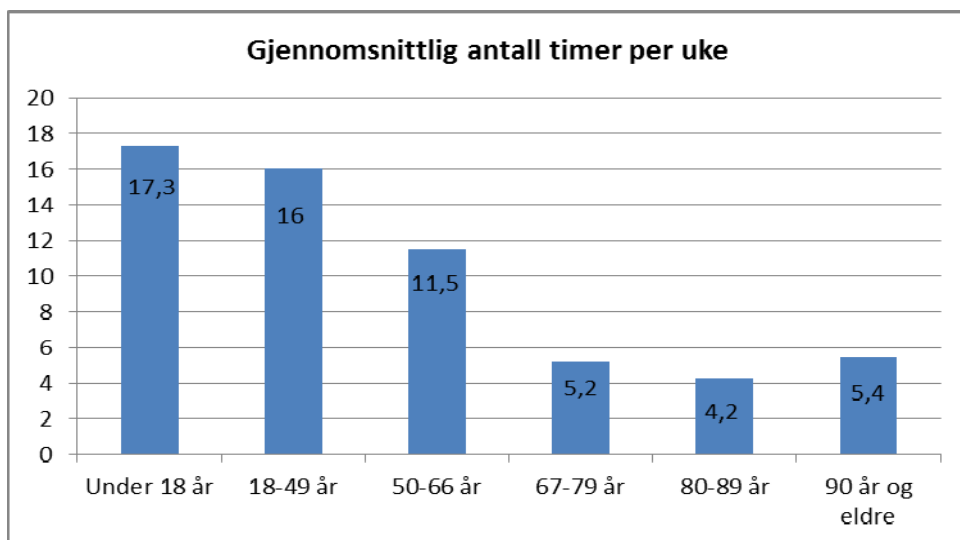


Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Yngre med hjemmetjenester blir tildelt mer hjelp enn eldre

Yngre brukere av hjemmetjenester får i gjennomsnitt langt flere timer per uke med hjelp enn eldre hjemmetjenestebrukere. Brukere under 50 år får i gjennomsnitt 16-17 timer per uke, mens brukere over 67 år får 4-5 timer i gjennomsnitt. Aldersgruppen 50-66 år kommer i en mellomstilling, med om lag 12 timer per uke med hjelp. Det har vært en svak, men konsistent økning i timetall per uke i perioden vi har statistikk for. Gjennomsnittsbrukeren fikk 6,7 timer per uke i 2007 og 8,4 timer per uke i 2013.

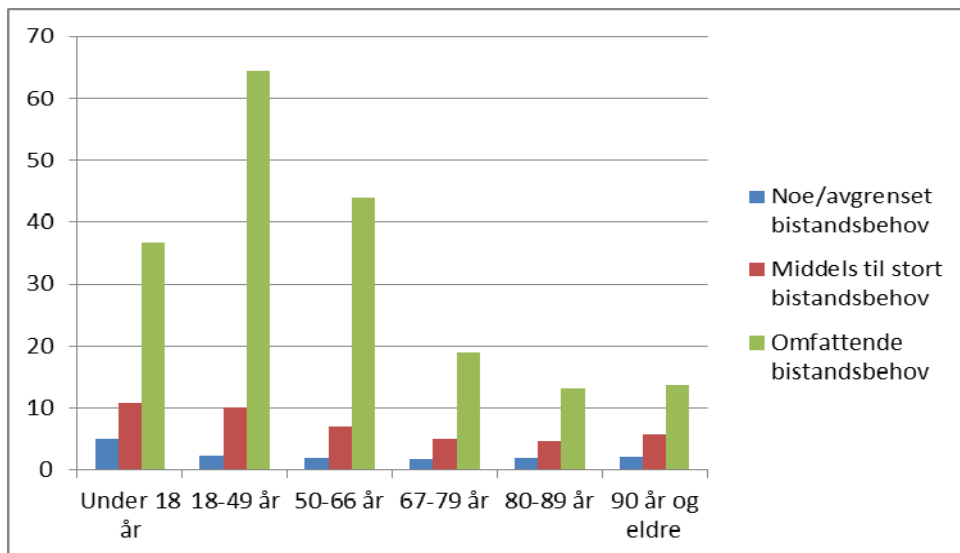
Figur 9. Gjennomsnittlig antall timer i uken med hjelp til brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand i ulike aldersgrupper. 2013.



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

Det er særlig unge brukere med omfattende bistandsbehov (se ramme) som får mange timer per uke, og særlig de i den mest «arbeidsføre» alderen, 18-49 år. I gjennomsnitt får disse brukerne over 60 timer per uke. Målet for hjelpen til denne gruppen er vel å gi dem mulighet til et så aktivt liv som mulig, med utdanning, arbeid, selvstendig bolig og sosialt liv, og dette krever stor innsats fra hjelpetjenestene. Også brukere med omfattende behov i alderen 50 til 66 år får relativt mye hjelp, i

Figur 10. Timer per uke med hjelp til brukere av hjemmesykepleie og praktisk bistand. Alder og bistandsbehov. 2013



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

overkant av 40 timer per uke med i gjennomsnitt. Eldre over 80 år får langt færre timer med hjelp i hjemmet, selv de som har omfattende bistandsbehov får ikke mer enn 10-12 timer per uke i gjennomsnitt.

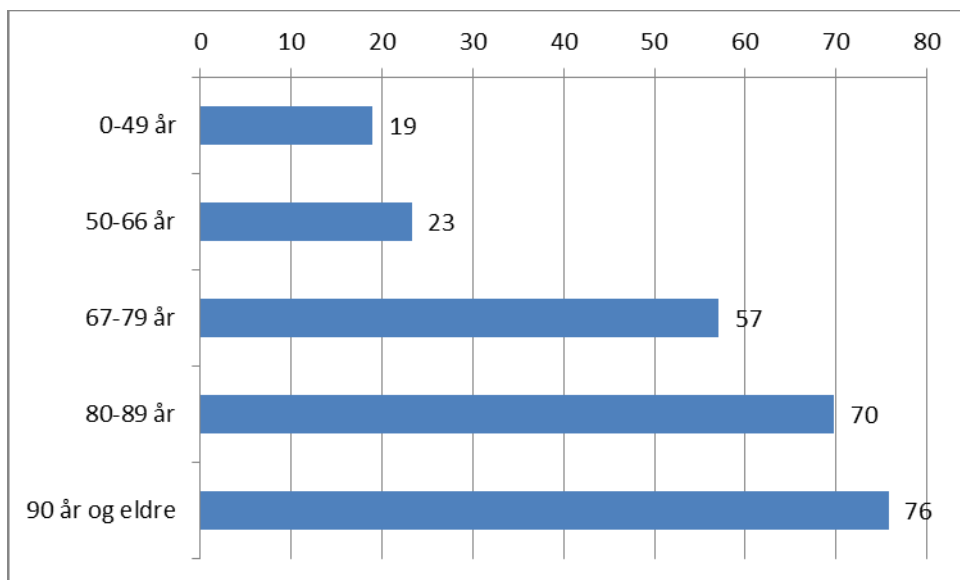
Figur 10 viser gjennomsnittstall for timer til hjemmesykepleie og praktisk bistand til sammen. Dersom vi ser på timer til hjemmesykepleie for seg, blir bildet litt annerledes: Det er liten sammenheng mellom alder og hvor mange timer hjemmesykepleie brukerne mottar. De yngste (under 18 år) får riktignok klart flere timer per uke, vel ti timer i snitt, men bortsett fra det er gjennomsnittlig antall timer med hjemmesykepleie omtrent det samme i alle aldersgrupper, om lag fem timer. Det er klar sammenheng mellom bistandsbehov og hvor mange timer hjemmesykepleie man blir tildelt: Brukere med avgrenset bistandsbehov får i snitt knapt to timer per uke, mens de med omfattende bistandsbehov får 13 timer per uke.

Hvor mange timer praktisk bistand man blir tildelt, har en klar sammenheng med alder: De yngste får i snitt mer enn 25 timer per uke, og dette faller bratt til de som er over 67 år, som får to til tre timer per uke. Sammenhengen med bistandsbehov er enda sterkere: Fra én time i snitt for personer med avgrenset bistandsbehov til 28 timer per uke for de med omfattende bistandsbehov. Dette har sammenheng med at det blant de yngste er et relativt stort innslag av mennesker med psykisk utviklingshemming, som det kan være ressurskrevende å gi et tilfredsstillende hjelpetilbud (Romøren, 2012).

Men det kan være flere grunner til at eldre mottar færre timer med hjelp per uke enn yngre. Flere studier tyder på at kommunene forholder seg til ulike standarder når de gir tjenester til yngre enn

når de gir til eldre (Gautun et.al.2012, Hamran og Moe 2012). Og det er et uttalt mål at institusjonsplassering for yngre brukere så langt som mulig bør unngås. Om vi ser på alle brukere av pleie- og omsorgstjenester med omfattende bistandsbehov, var det vel halvparten som hadde plass i en institusjon ved utgangen av 2013. I den yngste aldergruppen var det 19 prosent av dem med omfattende bistandsbehov som hadde plass i institusjon, blant eldre brukere over 80 år med omfattende behov hadde over 70 prosent plass i institusjon. Med andre ord: Eldre brukere med omfattende bistandsbehov blir ofte tildelt en institusjonsplass, mens yngre brukere med omfattende behov kan bli tildelt omfattende hjelp i sin egen bolig.

Figur 11. Andel av brukere med omfattende bistandsbehov som har plass i institusjon. Aldersgrupper. 2013. Prosent.



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

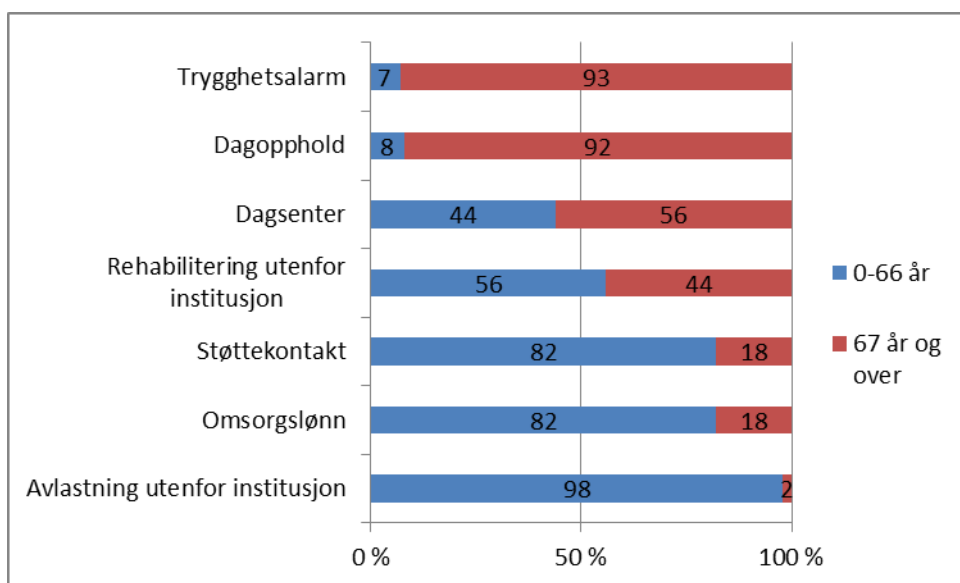
Er noen tjenester bare for yngre?

Lover og forskrifter for pleie- og omsorgstjenester stiller alle likt, uavhengig av kjønn, alder, nasjonalitet og andre kjennetegn ved brukerne. Det er behovet for hjelp som skal avgjøre hvilke tjenester man får, og hvor mye av en gitt tjeneste. Derfor blir det viktig hvordan behov oppfattes og defineres, både av brukerne selv og av dem som skal fordele tjenestene. Nyere studier tyder på at de ansatte i omsorgstjenesten vurderer både yngres og Eldres behov ut fra en målsetting om de skal kunne føre et så normalt liv som mulig. Men mens en yngre bruker så langt det er mulig skal aktiviseres og hjelpes til å delta i utdanning, arbeid, fritidsaktiviteter og sosialt liv, anses eldre for å

være slitne, ha livet bak seg, og bare trenge å få de mest elementære behov dekket (Gautun et al 2012).

Tjenester som Brukerstyrt personlig assistent (BPA) er ikke øremerket for spesielle aldersgrupper, men i praksis er det få over pensjonsalderen som får denne tjenesten. I den perioden vi har statistikk for, har åtte til ti prosent av BPA-brukerne vært 67 år eller eldre. Tjenesten gis ikke til så mange – i alt 2900 brukere i 2013. Litt over én prosent av alle brukere har BPA. BPA-tjenesten er en del av den mer omfattende tjenestetypen «Praktisk bistand til daglige gjøremål», og er inkludert i figur 9 og 10. En gjennomsnittsbriker av BPA fikk 35 timer per uke i 2013, og bidrar dermed til å trekke opp det gjennomsnittlige timetallet for hjemmetjenester generelt. Brukere som har personlig assistent har i gjennomsnitt større bistandsbehov enn brukere av hjemmetjenester generelt (Gabrielsen 2011).

Figur 12. Andel av brukerne av ulike «andre tjenester» som er under/over 67 år. 2013. Prosent



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB

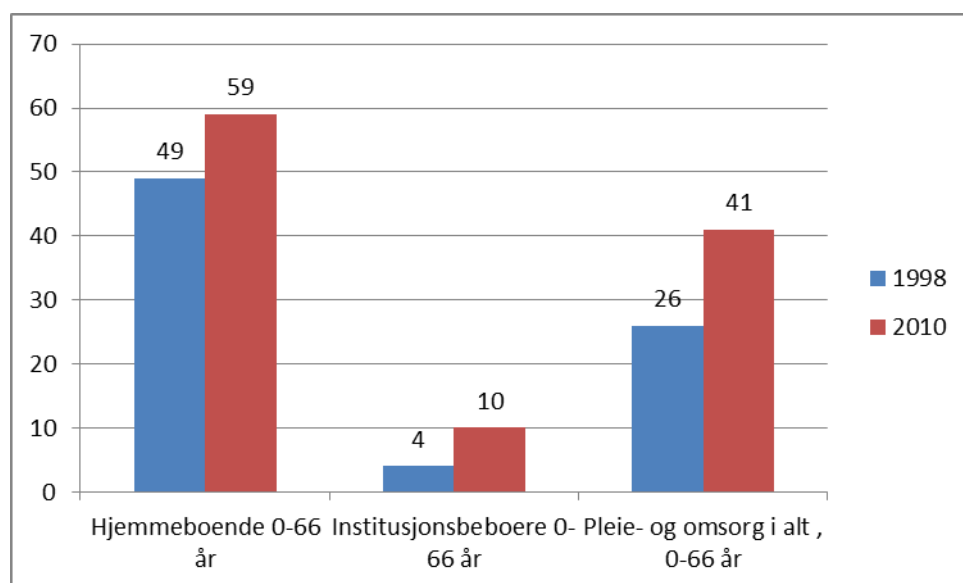
BPA kom inn i pleie- og omsorgstjenesten som et tilbud omkring årtusenskiftet (Rundskriv I-20/2000, til sosialtjenesteloven) og er altså definert inn under praktisk bistand. Andre tjenester som tradisjonelt ikke har vært en del av pleie- og omsorgstjenesten, har vokst fram de siste 20 årene, for eksempel omsorgslønn, avlastning, rehabilitering, trygghetsalarm og støttekontakt. Heller ikke disse tjenestene er øremerket for spesielle aldersgrupper, men bortsett fra trygghetsalarm har de i praksis ikke blitt sett på som tilbud til eldre. I 2013 var tilbudet om avlastning utenfor institusjon nesten utelukkende forbeholdt yngre brukere. Også omsorgslønn og støttekontakt ble sjelden tilbudt

brukere over pensjonsalderen. Trygghetsalarm, derimot, var nærmest utelukkende et tilbud til eldre, mens dagsenter og rehabilitering utenfor institusjon var mer jevnt fordelt mellom eldre og yngre.

Over 40 prosent av utgiftene i pleie- og omsorgstjenesten går til yngre brukere

De yngre brukerne i pleie- og omsorgstjenesten har økt mest i antall, og mange av dem får tildelt større ressurser i form av timer per uke med hjelp i eget hjem. Dette gjenspeiler seg i hvor stor andel av utgiftene til tjenestene som går til henholdsvis yngre og eldre. Andelen av utgiftene som gikk til yngre brukere økte fra 26 prosent i 1998 til 41 prosent i 2010. I 2010 utgjorde yngre brukere 36 prosent av alle brukere med tradisjonelle tjenester. Det er beregnet at 41 prosent av brutto driftsutgiftene i 2010 gikk til de yngre brukerne. En kan derfor kanskje si at de får noe mer enn sin forholdsmessige del av utgiftene. I 1998, da 18 prosent av alle brukerne var under 67 år fikk denne aldersgruppen 26 prosent av brutto driftsutgiftene til pleie- og omsorgstjenester.

Figur 13. Andel av brutto driftsutgifter i pleie- og omsorgstjenesten som går til brukere under 67 år. 1998 og 2010. Prosent



Kilde: Kjølvik 2012

Dette betyr at en yngre bruker koster mer enn en eldre bruker, henholdsvis 450 000 og 320 000 kroner per år i 2010. Om lag to tredeler av utgiftene til hjemmetjenester gikk til yngre brukere i 2010, mens 90 prosent av utgiftene til institusjonsbeboere gikk til eldre brukere. Dette illustrerer den ulike satsningen på hjemmetjenester og institusjonsplasser blant eldre og yngre med behov for pleie- og omsorgstjenester.

Hva forklarer den sterke veksten i yngre brukere av pleie- og omsorgstjenestene?

Flere studier har belyst denne utviklingen (Brevik 2010, Gautun et. al.2012). Gautun og kolleger oppsummerer drivkreftene slik:

- Det har vært en endring i ideologi for god omsorg. Målet har vært nedbygging av institusjoner og økt omfang av tjenester utenfor institusjon.
- Press fra yngre brukergrupper (pårørende og organisasjoner).
- Endringer i sykehussektoren. Kommunene får ansvar for flere pasienter som tidligere fikk behandling i sykehus.
- Egen refusjonsordning for ressurskrevende yngre brukere (staten dekker 80 pst av utgifter utover et gitt beløp, 1 010 000 pr år i 2013).

De stiller spørsmålet om hvorfor disse drivkreftene ikke fungerer for eldreomsorgen, og antyder disse svarene:

- Lange tradisjoner i eldreomsorg. Den har «alltid» vært der, mens «yngreomsorgen» måtte bygges opp på nytt.
- Refusjonsordningen gjelder bare yngre, derfor lønner det seg for kommunene å gi eldre med tilsvarende behov plass i institusjon.
- Forståelsen av behov avhenger av hvilken del av livsløpet en bruker er i.
- Yngre står mer på for egne rettigheter enn eldre. Pårørende til eldre presser ikke på som pårørende til yngre.
- Arbeidslinja gjør at yngre må få hjelp til å aktiviseres og klare seg selv. For eldre er målet mer «et hyggelig liv her og nå».
- Kulturforskjeller fra tidligere særomsorg følger med. For eksempel stor vekt på samvær, trening og mestring av dagliglivet i omsorg for utviklingshemmede, men ikke for eldre.

Utviklingen framover

Tre hovedtrender har preget utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene de siste 20 årene:

Boliggjøring, mer vekt på helseaspektet ved tjenestene og sterk vekst i tjenester til yngre brukere.

Det er vanskelig å spå om fremtiden, men kanskje er veksten i tjenester til yngre brukere i ferd med å flate ut? Veksttakten har vært noe mindre de siste fem årene, og det er vanskelig å se for seg at nye store grupper av personer under pensjonsalderen vil melde seg med behov for omsorgstjenester, slik som vi har sett med personer med psykisk utviklingshemming, psykiske problemer eller rusmisbruk i

løpet 1990- og 2000-tallet. På den annen side kan sykehusene tenkes å ville kortere ytterligere ned på liggetiden, slik at flere, både yngre og eldre, må få pleie av kommunenes pleie- og omsorgstjenester.

Vi vet at store årskull nærmer seg den alderen da mange får behov for omsorgstjenester – fra 2025 begynner de store etterkrigskullene å passere 80 år. Dette er grupper som kanskje vil ha bedre helse og som generelt er mer ressurssterke enn dagens eldre. Behov for omsorgstjenester vil kanskje melde seg på et senere tidspunkt i livet, mange vil ha boliger med livsløpsstandard, og flere enn i dag vil ha ressurser til selv å betale for private tjenester til husarbeid og personlig stell. Summen av dette kan bli at de eldre igjen blir en mer dominerende del av tjenestemottakerne. Samtidig kan man se for seg at fremtidens eldre vil være mer kravstore, og forlange tjenester levert i eget hjem, selv når omsorgsbehovet er omfattende. Nesten uansett hvilke forutsetninger man gjør vil den kommende veksten i eldrebefolkningen bety at mer av samfunnets ressurser vil gå til helse- og omsorgstjenester (Holmøy et al. 2013).

Referanser

- Brevik, Ivar (2010). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg*. NIBR-rapport 2010:2, Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Borgan, Jens-Kristian (2012). *Pleie- og omsorgsstatistikk 1962-2010*, Rapporter 10/2012, Statistisk sentralbyrå.
- Gabrielsen, Bjørn (2011). Flere med brukerstyrt personlig assistent, *Samfunnsspeilet* 2/2011, Statistisk sentralbyrå.
- Gautun, Heidi, Anne Skevik Grødem og Åsmund Hermansen (2012). *Hvordan fordele omsorg? Utfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere*, Fafo-rapport 2012:62.
- Hamran, T. og Moe, S. (2012). *Yngre og eldre brukere i hjemmetjenesten – ulike behov eller forskjellsbehandling. Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv*. Senter for omsorgsforskning, Nord-Norge/Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø, 2012.
- Holmøy, Erling, Julie Kjelvik og Birger Strøm (2014). *Utviklingen i arbeidskraftbehovet innen helse- og omsorg fremover*. Rapporter, Statistisk sentralbyrå, 14/2014.
- Kjelvik, Julie (2012). Aldring og eldre i velferdsstaten – et økonomisk perspektiv. I Daatland, Svein Olav og Marijke Veenstra (red.): *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. NOVA, Rapport 2/2012.
- Mørk, Eiliv, Brith Sundby, Berit Otnes og Marit Wahlgren (2013). *Pleie- og omsorgstjenesten 2013*. Rapporter 33/2014, Statistisk sentralbyrå.
- NOU (1992:1). *Trygghet, verdighet, omsorg* (Gjærevollutvalget).
- Romøren, T.I.: *Ulike "omsorgsregimer" for eldre og yngre hjemmetjenestemottakere? – en kvantitativ analyse*. Høgskolen i Gjøviks rapportserie nr. 4/2012.
- Szebehely, Marta (2005). *Äldreomsorgsforskningen i Norden. En kunnskapsöversikt*. København: Nordiska Ministerrådet, TemaNord 2005.
- Sosialdepartementet (1955). *Innstilling fra komiteen til utredning av boligspørsmålet og andre spørsmål vedrørende omsorgen for de gamle* (Strøm-komiteen).

ⁱ Finansiert av Husbanken, med krav til bygningen og om tilgang til hjelp fra hjemmetjenesten.

ⁱⁱ Som vederlag trekkes brukeren for en betydelig del av inntekten sin, men beholder et beløp til personlige utgifter.

ⁱⁱⁱ Det er i alt nær 140 000 som mottar hjemmesykepleie og 105 000 som mottar praktisk bistand, men av disse er det 65 000 som får begge typer tjenester, dermed blir summen om lag 180 000 brukere.

^{iv} Brukere som kun har andre hjemmetjenester enn de tradisjonelle (hjemmesykepleie, praktisk bistand, bolig eller institusjonsplass) er holdt utenfor, fordi det ikke finnes sammenliknbare data for årene før 2007.